



**HAL**  
open science

## Donner et recevoir un organe : réflexion éthique autour du prélèvement

Geneviève Pinganaud

► **To cite this version:**

Geneviève Pinganaud. Donner et recevoir un organe : réflexion éthique autour du prélèvement. Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine, 2018, 1, p. 17-22. hal-02536932

**HAL Id: hal-02536932**

**<https://hal.science/hal-02536932v1>**

Submitted on 8 Apr 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



# REVUE DE BIOÉTHIQUE DE NOUVELLE-AQUITAÎNE

## SOMMAIRE

- Le nid prénatal de l'homme confronté aux nouveaux modes de procréation: réflexion d'une obstétricienne
- Donner recevoir un organe: réflexion éthique autour du prélèvement
- dialogue sur la laïcité
- Éthique: un sens à nos pratiques
- Entrée en institution d'une personne âgée: quel consentement?
- Éthique et recherche
- Règles éditoriales

**2018**  
NUMÉRO 1



## EDITORIAL

La nouvelle configuration régionale a amené les espaces éthiques d'Aquitaine, du Limousin et du Poitou-Charentes à travailler en commun avec le double souci de préserver une éthique de proximité, inhérente au concept-même d'espace éthique et d'amplifier leurs missions de formation et d'information au service de la Nouvelle-Aquitaine. Et c'est ainsi que se construit actuellement l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine (ERENA).

C'est dans cet esprit qu'a été créée la *Revue de bioéthique en Nouvelle Aquitaine* qui publie son premier numéro. Outre des articles originaux, elle diffusera aussi les actes des colloques organisés dans la région. Son comité de rédaction accueillera les travaux qui lui seront présentés : les règles éditoriales figurent dans ce volume.

Le deuxième numéro sera l'occasion de donner de plus amples informations sur l'organisation de l'ERENA.

Nous vous souhaitons une bonne lecture

The new regional configuration has led the Ethics Spaces of Aquitaine, Limousin and Poitou-Charentes to work together, with the twofold concern to preserve an ethics of proximity, inherent to the concept of Ethics Space itself, and to amplify their purpose of training and informing in the service of Nouvelle-Aquitaine.

It is in this spirit that the "*Revue de bioéthique en Nouvelle Aquitaine*" was created, thereby publishing its first issue. Besides its original articles, it will also publish proceedings of the symposiums organized in the region. Its editorial board will welcome the works that will be submitted: the editorial rules appear in this volume.

We wish you an enjoyable read

Bernard BIOULAC,

Site de Bordeaux

Maryse FIORENZA GASQ

Site de Limoges

Roger GIL

Site de Poitiers

## SOMMAIRE

<b>Le nid prénatal de l'homme confronté aux nouveaux modes de procréations. Réflexions d'une obstétricienne.....</b>	<b>P 7</b>
<i>Maryse FIORENZA GASQ</i>	
<b>Donner et recevoir un organe : Réflexion éthique autour du prélèvement .....</b>	<b>P 17</b>
<i>Geneviève PINGANAUD</i>	
<b>Dialogue sur la Laïcité .....</b>	<b>P 23</b>
<i>Hassan IZZAOUI Gérard TERRIER</i>	
<b>En quoi la réflexion éthique donne un sens à nos pratiques.....</b>	<b>P 27</b>
<i>Roger GIL</i>	
<b>Entrée en institution d'une personne âgée : Quel consentement .....</b>	<b>P 35</b>
<i>Muriel RAINFRAY</i>	
<b>Éthique et recherche .....</b>	<b>P 41</b>
<i>Roger GIL</i>	
<b>Règles éditoriales.....</b>	<b>P 49</b>

## **Donner et recevoir un organe : réflexion éthique autour du prélèvement**

**PINGANAUD Geneviève**

*PH CHU de Bordeaux Unité de médecine gériatrique 2,*

*Hôpital Xavier Arnoz, CHU Bordeaux*

*Membre du conseil exécutif de l'ERENA Site de Bordeaux*

### **Résumé**

Le prélèvement d'organes correspond à un besoin et aussi une attente, celui de malades souffrant d'une insuffisance terminale d'organe, dont le pronostic vital et/ou la qualité de vie dépendent de la transplantation d'organes provenant d'un donneur décédé ou vivant. Ce prélèvement suppose donc pour une famille, qui vient de perdre un proche généralement jeune et souvent de façon brutale, la décision douloureuse à autoriser une équipe médicale à pratiquer cet acte. Deux détresses qui recouvrent des réalités différentes, pas toujours conciliables : d'un côté, une demande constituée en fait social qui emprunte ses vocables à la société marchande, « promotion », « pénurie » et propose comme réponse un cadre juridique dont la figure centrale est le consentement présumé ; d'un autre côté, l'histoire singulière d'un donneur, généralement un sujet en état de mort encéphalique dont les proches sont sollicités pour faire don d'un ou de plusieurs de ses organes au nom de la solidarité collective. Le débat éthique naît de la tension qui s'exerce entre elles.

### **Mots clés :**

Don d'organes - prélèvement d'organes - mort encéphalique - consentement présumé - principe de solidarité - débat éthique

### **Keywords:**

Organ donation – brain death – presumed consent - principle of solidarity – ethical debate

## **SOMMAIRE**

### **I – LE CONTEXTE DU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES**

### **II – L'ÉCLAIRAGE JURIDIQUE**

### **III – LE DÉBAT ÉTHIQUE ET LE POINT DE VUE PHILOSOPHIQUE**

Notre propos vise à préciser le contexte du prélèvement d'organes en France, le cadre juridique et la connaissance qu'en ont les potentiels donneurs ainsi qu'à élargir le débat éthique par une introduction au point de vue philosophique.

### **I-LE CONTEXTE DU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES**

Les premières greffes d'organes ont débuté dans les années 50 pour connaître un essor rapide à partir de la décennie 60 et de la découverte de l'immunosuppression. Cependant, le développement de cette technique, dont l'enjeu est essentiel puisqu'il s'agit du maintien de la vie, est freiné par le manque de disponibilité des organes.

Immédiatement, deux questions se posent :

#### 1-Quelle sont les besoins en organes à transplanter ?

Dans un rapport d'information sur les transplantations d'organes, déposé le 25 mai 2010 par la commission des affaires européennes<sup>1</sup>, le constat général est celui d'une « pénurie ». Ainsi, en 2010 la commission européenne a estimé à 60000 le nombre de personnes en attente d'une transplantation d'organe. De l'attente qui se prolonge, calculée à 3 années théoriques, résultent des décès, environ 12 par jours.

La situation française est exposée par l'agence de biomédecine<sup>2</sup> dans un article du 9 juin 2015 : le nombre total de malades inscrits

<sup>1</sup> [www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i2548.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/13/europe/rap-info/i2548.asp)

<sup>2</sup> [www.dondorganes.fr/002-la-penurie-d-organes](http://www.dondorganes.fr/002-la-penurie-d-organes)

en liste d'attente, est passé de 11953 en 2005 à 20311 en 2014 et le nombre de greffes pratiquées dans l'année de 4238 pour 2005 à 5357 pour 2014.

Le pourcentage de malades greffés a augmenté de 26 % en 10 ans.

## 2- Comment les donneurs potentiels sont-ils repérés ?

Les protocoles organisant le don d'organes diffèrent selon les pays.

D'une façon générale, il existe deux types de don : donneur décédé, donneur vivant.

En ce qui concerne les personnes décédées, différents profils de donneurs sont possibles : donneur décédé en état de mort encéphalique, donneur décédé après arrêt circulatoire suite à un arrêt cardiaque inopiné appelés « Maastricht II » selon la classification internationale de Maastricht<sup>3</sup>, donneur décédé après arrêt circulatoire contrôlé suite à la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques dénommés « Maastricht III » selon cette même classification. En France, l'état de mort encéphalique représente 90 % des dons.

Quoiqu'il en soit, le prélèvement d'organes n'est réalisé que lorsque la mort est constatée et le certificat de décès signé.

Le cas de figure du donneur vivant, 10 % des dons, concerne essentiellement la greffe rénale. Le principe est le suivant : une personne majeure, vivante, volontaire et en bonne santé peut donner un rein dans les conditions définies par la loi de bioéthique du 7 juillet 2011<sup>4</sup>.

## II-L'ÉCLAIRAGE JURIDIQUE

Si la loi encadre les conditions du prélèvement d'organes après la mort d'une personne, la possibilité pour un tiers médical de lui prélever un ou plusieurs organes relève du don.

Dans ce contexte, deux interrogations sont soulevées :

### 1- Quelle est la position des français face à la possibilité de donner leurs organes après la mort ?

Dans une enquête d'opinion réalisée par l'entreprise de sondage OpinionWay en 2013 pour la fondation Greffe de vie<sup>5</sup>, les français sont invités à se positionner sur le don d'organes pour eux-mêmes et pour leurs proches.

Environ les ¾ (79 %) sont favorables au don de leurs organes après la mort. Ce pourcentage baisse quand il s'agit de répondre pour les proches : 63 %. Les personnes qui refusent invoquent pour elles-mêmes leur souhait de ne pas laisser leur corps être mutilé (6 %) ainsi que leur peur de ne pas être mort (6 %) et pour leurs proches, principalement le fait qu'ils ne connaissent pas leur position sur le don d'organes (21 %).

Interrogés sur un plan plus subjectif, 85 % des français répondent par l'affirmative à la question du don d'organes après la mort comme symbole de la solidarité entre les individus. Et pour 67 % d'entre eux aucun lien particulier n'est nécessaire entre les personnes afin qu'elle puisse s'exercer. Cette solidarité s'exprime également par une forte intention de don de leur vivant : 80 % des personnes sont prêtes à donner un rein et une partie du foie, 74 % à recevoir et 72 % à donner et à recevoir. Placés en tant que receveurs, plus de 9 sujets sur 10 (93 %) déclarent être d'accord pour recevoir un organe pour eux-mêmes ou pour un proche quand leur vie est en jeu.

### 2- Que savent-ils de la loi qui encadre cette procédure médicale ?

Dans cette même enquête, il apparaît que seulement 13 % des français connaissent le contenu de la loi. Ainsi, ils sont 65 % à donner une définition erronée de la législation française dans le registre du don d'organes en énonçant qu'il suffit de porter sur soi une carte de donneur (36 %) ou encore d'être inscrit sur

<sup>3</sup> Koostra G., Daemen J.H., Oomen A.P. Categories of non-heart-beating donors. *Transplant Proc* 1995; 27: 2893-2894.

<sup>4</sup> Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (J.O. du 8 juillet 2011).

<sup>5</sup> OpinionWay pour la Fondation Greffe de Vie – Les Français et le don d'organes – Février 2013.

le registre du oui ou bien d'avoir informé ses proches de son accord (29 %).

Quoiqu'il en soit, la grande majorité (94 %) souligne la nécessité de faire connaître la loi.

D'autre part, connaissant la loi, les français, qu'ils soient favorables ou non au don d'organes sont 90 % à penser qu'il est essentiel d'en parler à ses proches : 93 % pour les sujets favorables et 78 % pour ceux qui ne le sont pas.

Et dans la mesure où ils connaissent la loi (donneur présumé en l'absence d'un refus notifié de son vivant), ils sont 72 % à considérer comme normal que leur décision soit respectée et seulement 27 % à ne pas s'élever contre une opposition de la famille à leur choix.

### 3- Que dit la loi dans sa formulation la plus récente ?

Dans la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé<sup>6</sup>, l'article 192 modifie l'article L. 1232-1 du code de la santé publique qui est ainsi rédigé :

« Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. »

« Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité, conformément aux bonnes pratiques arrêtées par le ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence de la biomédecine. »

« Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révoquant à tout moment. »

« L'Agence de la biomédecine est avisée, préalablement à sa réalisation, de tout prélèvement à fins thérapeutiques ou à fins scientifiques. »

Dans la précédente rédaction de cet article, en l'absence d'une notification claire de la part du décédé, le médecin devait s'efforcer de recueillir auprès des proches l'expression de son désaccord de son vivant au don d'organes : « Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés. »

## **III-LE DÉBAT ÉTHIQUE ET LE POINT DE VUE PHILOSOPHIQUE**

Entre le prélèvement d'organe fondé par la loi et le don d'organe enraciné dans un principe de solidarité, des tensions suscitant une réflexion d'ordre éthique apparaissent.

### 1- Quels sont les enjeux éthiques autour du prélèvement d'organes ?

Le débat éthique est différent selon le type de donneur décédé : mort encéphalique, décès après arrêt circulatoire suite à un arrêt cardiaque inopiné (« Maastricht II »), décès après arrêt circulatoire contrôlé suite à la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques (« Maastricht III »).

Un point d'achoppement, commun aux trois procédures, et expliquant en partie le refus de donner ses organes après le décès, ce sont les critères de définition de la mort. Quand est-on mort ? Quand le cœur s'arrête de battre comme admis jusqu'aux années soixante ? Quand il n'y a plus d'activité cérébrale comme le définit la circulaire JEANNENEY à partir de 1968<sup>7</sup> ? La mort encéphalique est-elle donc « la vraie mort » ? Et les critères légaux suffisent-ils à eux seuls à faire un mort d'un corps vivant qui continue à fonctionner comme un tout biologique mais dont le cerveau ne fonctionne plus ? La pénurie d'organes n'exposerait-elle pas les vivants à être trop

<sup>6</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JO du 27 janvier 2016).

<sup>7</sup> Circulaire Jeanneney du 19 mars 1968 (JO du 24 avril 1968).



rapidement considérés comme des morts et en conséquent des donneurs potentiels ?

Pour l'historienne Laura BOSSI-REGNIER<sup>8</sup>, il y a un changement de paradigme avec la mort encéphalique : avant le but était d'éviter de traiter un vivant comme un mort mais à partir de cette nouvelle définition il s'agit plutôt de ne plus traiter un mort comme un vivant. Il est probable que le questionnement autour des besoins en greffons et des donneurs potentiels a soulevé celui des patients déjà « mort au plan cérébral » mais toujours vivant organiquement. S'appuyant sur le philosophe Hans Jonas, elle évoque un « changement pragmatique » du diagnostic de la mort qui « vole » au patient sa propre mort si elle procède d'une vision utilitariste, celle du prélèvement d'organes. Hans Jonas ne s'oppose pas aux limitations des traitements actifs mais met en garde contre la centralité de la préoccupation pour la greffe dans la définition de la mort cérébrale. Les fondements philosophiques apparaissent flous par rapport au support scientifique. Est-il licite d'interrompre une vie pour en sauver une autre ?

Laura Bossi-Régnier évoque aussi les autres protocoles développés pour répondre au besoin croissant de greffons, arrêt cardiaque inopiné et arrêt circulatoire contrôlé, pour souligner un possible conflit d'intérêt. Le registre symbolique dans lequel s'ancre l'acte médical change, une instrumentalisation du corps humain est à craindre.

Elle pose aussi le problème du consentement qui n'a rien d'un véritable consentement car difficilement accompagné d'une information exhaustive, et présente comme principal avantage du principe de consentement présumé celui d'augmenter le nombre de greffons disponibles.

---

<sup>8</sup> Bossi-Régnier Laura. Histoire du diagnostic de la mort. Journée d'étude « De la mort au don d'organe ». Colloque National des Espaces de Réflexion Ethiques Régionaux et Inter-Régionaux à Strasbourg. Septembre 2015.

Dans un article<sup>9</sup> intitulé « Le débat éthique sur le don d'organes : est-ce que tout s'arrête lorsque le cœur cesse de battre ? », I. ORTEGA-DEBALLON et al. précise aussi clairement la nature du questionnement éthique dans le protocole « Maastricht II » le plus requis en Espagne : « Ces enjeux se caractérisent par la difficulté d'arriver à des compromis acceptables entre la maximalisation du bénéfice pour les récepteurs et le respect de certaines valeurs amplement partagées, telles que la sécurité et l'intégrité des donneurs, ou encore le respect des décisions individuelles. »

Là encore, les modalités de la prise en charge interrogent l'intention médicale : réanimer un sujet dont la survie est en jeu ou préserver le bon fonctionnement des organes d'un donneur potentiel ? Alors combien de temps une réanimation cardiorespiratoire doit-elle durer avant de mettre en œuvre le protocole de don en asystolie ? Et quelle est la durée de réanimation permettant d'affirmer avec certitude l'irréversibilité d'un arrêt cardiaque ?

Cette durée est de 30 minutes en Espagne, elle est identique en France. Les auteurs rapportent des cas où les fonctions vitales du patient se sont rétablies alors que la procédure technique de don était enclenchée.

Le problème éthique posé par le don lors d'un après arrêt circulatoire contrôlé suite à la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques (« Maastricht III ») peut apparaître comme moins complexe car dans ce type de situation, une décision collégiale est un prérequis indispensable.

## 2- En quoi une approche philosophique de la question peut-elle faire avancer le débat ?

Sans apporter de réponse à toutes les questions, la philosophie vient éclairer les aspects contradictoires du débat sur le don d'organes comme en témoigne la philosophe Marie GOMEZ lors d'une soirée-débat autour du don d'organes<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Ortega-Deballon I., A.-M. Lagacé, D. Rodriguez-Arias. Le débat éthique sur le don d'organes : est-ce que tout s'arrête lorsque le cœur cesse de battre ? *Éthique et santé* 2015 ; 12 : 156-165

<sup>10</sup> Gomez Marie, *Le point de vue du philosophe. Solidaire-autonome, tension autour du don d'organe*, Soirée débat, Donner et recevoir un organe. Réflexion éthique autour du prélèvement, Bordeaux, juin 2016

Dans le contexte du don d'organes, deux conceptions du corps humain sont convoquées et s'affrontent : le corps comme matériel disponible ou bien le corps indisponible car ne faisant qu'un avec la personne.

Ainsi le don ou le prélèvement d'organes questionne le corps et la question du corps est traversée par une ambivalence qui aboutit à deux positions potentiellement conflictuelles : une position solidaire fondée sur le droit au don et le devoir d'être prélevé et une position individualiste reposant sur l'indisponibilité du corps et sa protection.

Dans l'approche communautaire et solidariste, la préservation de la vie est une priorité par rapport au respect de l'intégrité corporelle. Elle est soutenue par le cadre juridique (circulaire d'application en 1978 de la loi Caillavet de 1976<sup>11</sup>) et par le point de vue du philosophe François DAGOGNET<sup>12</sup> qui plaide pour un « corps généreux », un corps qui a des droits mais aussi des obligations, un corps qui a un devoir de solidarité voire même de sacrifice. Cette attitude s'oppose selon lui à un « égoïsme désincarné » qui, faisant du respect de l'intégrité physique une priorité absolue, se refuse à admettre ses devoirs vis-à-vis des autres corps.

Dans cette vision, le rapport de chacun à son corps ne saurait être restreint à une affaire privée. Les intérêts du tout (le corps politique) prévalent sur les intérêts particuliers. L'individu n'est donc pas propriétaire de son corps.

Cette conception pose le problème des limites du pouvoir de l'État sur les individus : jusqu'où ce principe des obligations et des devoirs du « *corps citoyen* » peut-il être poussé sans constituer une menace pour la liberté individuelle ?

Dans ce type de questionnement s'enracine la vision opposée, individualiste et libérale.

Le philosophe anglo-saxon du XVII<sup>e</sup> siècle, John LOCKE (1632-1704) est le représentant de la vision individualiste et libérale. Dans « Deuxième traité du gouvernement civil », il s'exprime en ces termes : « Bien que la terre et toutes les créatures inférieures appartiennent en commun à tous les hommes, chacun garde la propriété de sa propre personne. Sur celle-ci, nul n'a droit que lui-même »<sup>13</sup>

Ainsi, ce philosophe pose la propriété du corps comme un droit naturel, universel, constituant la condition d'accès à la liberté et fondateur de notre identité. Selon cette approche deux aspects se dégagent : mon corps est constitutif de mon être et à ce titre, je décide de ce qui lui arrive ; en conséquent, bien que lui ayant délégué certains de mes droits pour rendre possible la vie en commun, l'État ne peut prendre de décisions à propos de mon corps : sujet de mon corps, moi seul ai des droits sur lui.

Avec cette position, ce n'est plus le pouvoir de l'État sur le corps des individus qui interpelle mais les limites de ces derniers à disposer d'eux-mêmes selon leur propre volonté. Jusqu'où étendre ce droit et la liberté des sujets à être propriétaires de leur corps et à pourvoir en disposer ? Le commercialiser ? Le détruire ? Le cloner ?

Au-delà de l'affrontement entre deux conceptions, c'est le statut du corps humain qui est en tension. Deux visions du corps humain se dessinent : corps-matériau que l'on dissèque du côté des professions médicales ; corps-enveloppe sacrée dont il faut protéger et respecter l'intégrité. Le corps utile et rentable s'opposerait au corps sacré.

Il s'agit là de deux manières donc de se rapporter à son propre corps mais le corps une fois mort peut-il n'être encore qualifié de personne ?

La réflexion philosophique sur ces différentes préoccupations a donc pour objectif de permettre à chacun de prendre conscience des différentes dimensions qui animent le débat sur le don d'organes et de prendre ainsi ses propres décisions.

---

<sup>11</sup> Loi n° 76-1181 du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes (JO du 23 décembre 1976).

<sup>12</sup> François Dagognet cité par Crignon-De Oliveira Claire et Gaille-Nikodimov Marie dans : *A qui appartient le corps humain ? Médecine, politique et droit*, Paris, Les belles lettres, Médecine et sciences humaines, 2008, p. 70.

---

<sup>13</sup> Locke John, *Deuxième traité du gouvernement civil*, chapitre 5, « De la propriété », Vrin, Paris, 1977, p.91, cité par Crignon-De Oliveira Claire et Gaille-Nikodimov Marie, p.73.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

Koostra (G.), Daemen (J.H.), Oomen (A.P.) Categories of non-heart-beating donors. *Transplant Proc* 1995; 27: 2893-2894

Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 *relative à la bioéthique* (J.O. du 8 juillet 2011)

OpinionWay pour la Fondation Greffe de Vie – Les Français et le don d’organes – Février 2013.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JO du 27 janvier 2016)

Circulaire Jeanneney du 19 mars 1968 (JO du 24 avril 1968)

Bossi-Régnier (Laura). Histoire du diagnostic de la mort. Journée d’étude « De la mort au don d’organe ». Colloque National des Espaces de Réflexion Éthiques Régionaux et Inter-Régionaux à Strasbourg. 10 Septembre 2015.

Ortega-Deballon (I.), Lagacé (A.-M.), Rodriguez-Arias (D.) Le débat éthique sur le don d’organes : est-ce que tout s’arrête lorsque le cœur cesse de battre ? *Éthique et santé* 2015 ; 12 : 156-165

Crignon-De Oliveira (Claire), Gaille-Nikodimov (Marie), A qui appartient le corps humain ? *Médecine, politique et droit*, Paris, Les belles lettres, Médecine et sciences humaines, 2008, 296 p.